

画像検査依頼書（CT撮影依頼用）

医療機関名: _____

医師名: _____

高松医療センター 地域医療連携室

TEL: _____

TEL:087-841-2162

FAX: _____

FAX:087-841-2178

検査希望日 令和 年 月 日 午前・午後

当日検査希望 午前・午後

フリガナ 患者氏名	男女	生年月日	T・S・H	年	月	日
臨床診断名 (疑いを含む)						
CD	<input type="checkbox"/> 本人渡し		<input type="checkbox"/> 貴院へ郵送			
検査目的						
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部		<input type="checkbox"/> 副鼻腔		<input type="checkbox"/> 頸部	
	<input type="checkbox"/> 胸部		<input type="checkbox"/> 腹部		<input type="checkbox"/> 骨盤	
	<input type="checkbox"/> 胸腹部		<input type="checkbox"/> 胸腹部骨盤			
	<input type="checkbox"/> 脊椎()					
	<input type="checkbox"/> 四肢関節()					
	<input type="checkbox"/> その他()					
造影検査 必要な場合は チェックして下さい	<input type="checkbox"/> 要：直近3ヶ月以内のクレアチニン値をお知らせ下さい。				造影検査 月・木 14時～ (30分前に来院下さい)	
造影剤問診 造影検査希望時に ご記入下さい	<input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー既往あり		<input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー既往なし			
	※造影剤アレルギーのある方などは造影検査ができない場合がございます。					
	<input type="checkbox"/> アレルギー()					
	<input type="checkbox"/> 気管支喘息					
	<input type="checkbox"/> 腎不全					
	<input type="checkbox"/> 糖尿病(ビグアナイド系薬内服中)		休薬期間:		月	日～ 月 日
	※上記以外にも造影検査にあたって注意が必要な場合はお申し出下さい。					

※ 簡単で構いませんので診療情報提供書も一緒にFAXをお願いします。
 ※ 所見は基本、毎週水曜日の作成となります。